

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N° 349

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME d'ÉTAT)

PAR

Serge, Roger VIDAL

Né le 9 Juillet 1928 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

ÉTUDE DE QUELQUES CAS
DE SCAPULALGIE
TRAITÉS PAR ANTIBIOTIQUES
ET RESECTION ÉCONOMIQUE
DE L'ÉPAULE

Président : Monsieur MERLE D'AUBIGNE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI^e

1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:--

Année 1957

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Serge, Roger VIDAL

Né le 9 juillet 1928 à Paris

--:--

Présentée et soutenue publiquement
le

--:--

ETUDE DE QUELQUES CAS DE SCAPULALGIE
TRAITES PAR ANTIBIOTIQUES
ET RESECTION ECONOMIQUE DE L'EPAULE

--:--

Président : Monsieur MERLE d'AUBIGNE
(Professeur)

--:--

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1957.

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER E., OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux Sports)	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie médicale, sociale	BERNARD J.
Carcinologie	N.
Chimie Médicale	JAYLE
Cliniques Chirur. { Hôtel-Dieu	BROCQ
{ Broussais	G. d'ALLAINES
{ Salpêtrière	MOULONGUET
{ Cochin	QUENU
Clinique chirurgicale répara- trice et orthopédique }	{ MERLE d'AU- BIGNÉ
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique chirurgicale infan- tile et d'orthopédie }	{ FEVRE
Clinique chir. pleuro-pulmon.	MONOD
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.
Clinique de neuro-chirurgie	{ PETIT- DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques }	{ DEGOS
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER
Clinique des maladies du systè- me nerveux }	{ ALAJOUANINE

MM.

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales } et de l'encéphale }	DELAY
Clinique du diabète sucré et des } maladies de la nutrition }	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO
	BARIETY
	J. BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Cliniques Médicales	DEBRAY
Clinique méd. hydro-climat. thér.	PASTEUR V.-R.
Clinique médicale propédeutique	LANTUEJOUL
	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JO ANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

LI.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
	(CABROL		(DUBOST
Anatomie	(DEBEYRE		(FAUREL
	(DELMAS		(FLABEAU
	(OLIVIER G.		(GERMAIN
	Melle GAU-		(GOSSET
Ana. Path.	(THIER V.	Pat. Chir.	(LAURENCE
	(BUSSE		(LORTAT-JACOB
	(GOUYGOU		(MATHEY
Bactério-}	(CHRISTOL		(OLIVIER(C1)
logie }	(NEVOT		(POILLEUX
Biol. méd.	(BOURLIERE		(THOMERET
	(ETTORI		(VERNE(J M)
Chimie méd.	(POLONOVSKI J	Pat. expé-	(MAURICE
Dermato-syphil.	(DUPERRAT	riment.	(LOEPER
Embryologie	(TUCHMANN		(BOUVIER
	(BULLIARD		(BOUDIN
Histologie	(COUJARD		(BRICAIRE
	(N...		(BRISSAUD
Hydrologie	(CORNET		(CASTAIGNE
	(BOYER		(CONTE
Hygiène	(DEPARIS		(DEROT
Mal. infect.	(BASTIN		(DOMART
Médecine)	(DEROBER	Pat. méd.	(LAMOTTE
légale et)	(GAULTIER		(LAROCHÉ
du Trav.)	(HADENGUE		(MACREZ
Neurochir.	(DAVID		(MILLIEZ
Neurologie	(LHERMITTE		(PEQUIGNOT
	(GRASSET		(PERRAULT
	(LE LORIER		(RAMBERT
	(LEPAGE		(ROYER
Obstétrique	(MERGER		(THIEFFRY
	(MORIN		(TURIAF
	(RAVINA		(WOLFRAMM
	(ROBEY		(JOSEPH
Ophtalmo-}	(BREGEAT	Pédiatrie	(POLONOVSKI C1.
logie }	(DESVIGNES		(MOZZICONACCI
Orthopédie	(JUDET		(Melle LEVY
Oto-rhino-}	(AUBRY	Pharmacol.	(CHEYMOL
laryngo. }	(MADURO		(BARGEON
Parasito.	(BRUMPT		(DEJOURS
Parasito.col.	(CHABAUD	Physiol.	(PARROT
	(ABOULKER		(DJOURNO
Pat. chir.	(BARCAT	Physique	(GOUGEROT
	(BAUMANN	médicale	(Pneum.ptis. KREIS
	(CAUCHOIX		

	MM.		MM.
Psychiatrie	{ BARUK	Stomato	{ CHAPUT Mme
	{ PICHOT		{ CERNEA
Psych. infant.	MICHAUX	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Urologie	{ COUVELAIRE
	{ HUGUIER		{ BROUET
	{ LEGER		{ DREYFUS
Clinique chir.	{ PADOVANI		{ FAUVERT
	{ ROUX	Clinique méd.	{ HAGUENAU
	{ RUDLER		{ HAMBURGER
	{ SICARD		{ KOURILSKY
Clinique } { ECALLE			{ MARCHAL
obstét. } { MAYER			{ SOULIE
Clinique } { OFFRET			
ophtal } { RENARD			

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Conservateur Melle GOICHON
..... Melles DUMAITRE
Bibliothécaires. LE NOIR
..... METIN
..... QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A mon Père et à ma Mère,

Avec toute ma reconnaissance
et mon affection.

A ma Femme,

Avec toute ma tendresse.

A ma Fille,

A ma Famille,

A tous mes Amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur R. MERLE d'AUBIGNE

Professeur de la Chaire de Clinique
chirurgicale réparatrice et orthopé-
dique à la Faculté de Médecine de
Paris,

Membre de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur Le Docteur GERARD-MARCHANT

qui a bien voulu s'intéresser à notre thèse et nous donner de précieuses indications.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris,

Hommages respectueux.

ETUDE DE QUELQUES CAS
DE SCAPULALGIE
TRAITES PAR ANTIBIOTIQUES ET
RESECTION ISOTOMIQUE DE L'ÉPAULE

-- 6 --

INTRODUCTION

— : —

Nous nous proposons, dans cette thèse, d'étudier une affection qui, pour être rare, n'en est pas moins importante.

En effet, elle intéresse l'articulation de l'épaule dont elle compromet gravement la fonction, et d'autant plus grave que, comme nous le verrons, elle atteint le plus souvent l'épaule droite.

Nous rappellerons tout d'abord ce qu'est la scapulalgie, quelle était son évolution jusqu'à ces toutes dernières années, c'est-à-dire avant l'apparition des antibiotiques, et quels traitements on lui opposait.

Puis, nous exposerons cinq observations de malades soignés à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches, dans le service du Docteur Gérard Marchant. Tous ces malades ont été opérés en 1951 et 1952. Nous ne parlons pas des malades opérés plus récemment car le recul manque pour juger de leur cas.

Nous terminerons en étudiant les résultats de ce mode de traitement et les conclusions qu'il faut en tirer.

— : —

Nous allons donc rappeler brièvement ce qu'est la scapulalgie : anatomie pathologique, formes cliniques et évolution ; précisons toutefois que nous exposerons l'évolution classique, car, comme nous le verrons plus loin, la scapulalgie n'évolue plus actuellement de cette façon, grâce aux traitements modernes.

La scapulalgie :

Il s'agit d'une ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation scapulo-humérale ; c'est la moins fréquente des ostéo-arthrites en général et la moins fréquente, en particulier de celles qui intéressent le membre supérieur. Elle représente à peu près un à deux pour cent des tuberculoses ostéo-articulaires.

ETIOLOGIE :

La scapulalgie se voit à tous les âges de la vie, mais :

- elle est exceptionnelle chez le jeune enfant,
- rare chez l'enfant et le vieillard,
- elle atteint surtout les adolescents et les adultes, généralement des ouvriers, et se localise avec prédominance à droite.

- elle est fréquemment associée à une tuberculose viscérale, surtout pulmonaire ou ganglionnaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Le point de départ des lésions est toujours osseux et mono-épiphysaire, le plus souvent sur l'épiphyse humérale : neuf fois sur dix environ.

Le tuberculome initial siège dans la partie supéro-externe du col anatomique, près de la coulisse bicipitale, ou, chez l'enfant, dans la partie médiane du bulbe osseux. Parfois le foyer d'ostéite huméral est superficiel, sous-périosté ou sous-chondral, près du reflet de la synoviale. Plus rarement, l'ostéite part de la cavité glénoïde dans certains cas graves. Parfois le point de départ est para-articulaire (acromion ou coracoïde).

Cette ostéite initiale peut guérir sans arthrite chez l'enfant, mais en règle l'articulation est atteinte.

Les lésions d'arthrite constituées se présentent sous deux formes :

- l'ostéo-arthrite fongueuse
- la carie sèche de Wolkmann

A/- Ostéo-arthrite fongueuse :

Cette forme est la plus fréquente et réalise la tumeur blanche de l'épaule. Elle est peu destructive chez l'enfant jeune car il n'y a pas d'ulcération compressive (le poids du membre tend à séparer les surfaces articulaires) et le volume épiphysaire est restreint : en l'absence de grosses lésions, la guérison est ob-

tenue en deux ans environ avec de bons résultats.

Mais l'évolution est plus sévère à mesure que l'âge du malade s'élève ; les destructions de la tête sont plus importantes, il peut s'y ajouter, surtout chez l'adulte, une atteinte de la cavité glénoïde et de l'omoplate.

Dans une forme particulière à l'enfant, le canal diaphysaire est envahi par des bourgeons charnus qui s'étendent à une distance plus ou moins grande (caries car-nosa). Les fongosités détruisent la capsule, les ligaments, et se propagent aux bourses séreuses qui communiquent avec la synoviale. A ce niveau s'extérioriseront les abcès, sous le sous-scapulaire, le long de la gaine du biceps, sous les muscles épineux en arrière. Les fistules sont fréquentes.

Elle se complique exceptionnellement de luxation de la tête humérale par érosion du rebord glénoïdien.

La guérison survient généralement par ankylose ou pseudarthrose plus ou moins serrée au bout de trois ans.

B/- Forme sèche :

Cette arthrite (carie sèche décrite par Wolkmann), de type rhumatismal, est classiquement une forme de l'adulte ; en réalité, elle est également fréquente chez l'enfant.

C'est une ostéo-arthrite atrophiante donnant lieu à une destruction progressive des extrémités osseuses ; le cartilage

articulaire disparaît d'abord, puis on assiste à une destruction graduelle de la tête humérale qui devient irrégulière, hérissée de petites saillies, creusée de petites géodes, puis disparaît.

Les lésions dépassent rarement le col anatomique : la cavité glénoïde présente les mêmes lésions mais plus discrètes.

En même temps se produit une sclérose et une rétraction de la synoviale, de la capsule, du cône musculo-tendineux péri-articulaire ainsi que des ligaments. La guérison se produit par ankylose.

CLINIQUE :

A/- Forme de l'enfant :

Évolue fréquemment sans abcès : 19 cas sur 36 (Sorrel).

a) Au début : commence par une impotence fonctionnelle légère, des douleurs dans l'épaule avec de la faiblesse musculaire, de la maladresse, une gêne à l'abduction.

Il existe une atrophie deltoïdienne précoce. La recherche de mobilité de l'articulation scapulo-humérale, la pointe de l'omoplate étant maintenue immobile, montre une limitation douloureuse de l'abduction et de la rotation externe : l'adénopathie axillaire unilatérale est fréquente, ainsi que l'existence de points douloureux à la palpation de la tête humérale, à la palpation de l'interligne articulaire, mais la tuméfaction de la synoviale n'est pas perceptible à ce stade.

Les signes radiologiques sont trop dis-

crets pour éclairer le diagnostic qui repose entièrement sur la clinique.

b) A la période de pleine évolution : au bout de quelques mois, le diagnostic est évident :

- Les douleurs sont vives, nocturnes et à la mobilisation.

A l'examen :

- l'épaule est diminuée de volume.

- la peau est blanche et chaude, les muscles atrophiés.

- le bras est en abduction légère et rotation interne.

- des fongosités mollasses sont perceptibles à la palpation dans l'aisselle et aux bords antérieur et postérieur du deltoïde, mais l'infiltration des parties molles peut quelquefois manquer.

- l'état général est toujours altéré.

La radiographie montre l'étendue des lésions destructives :

- géodes creusant la tête à l'union du col anatomique, parfois à la partie inférieure de l'épiphyse.

- l'interligne est élargi, obscurci ; il peut exister une lésion discrète de la glène.

Les abcès, lorsqu'ils existent, sont superficiels, dans la fosse sous-scapulaire, le long de la paroi interne del'aisselle, dans

la région bicipitale, à la face antérieure du bras, dans les fosses sus et sous-épineuses, plus rarement sous l'acromion. Correctement traités, ils peuvent guérir, sinon ils fistulisent, pouvant encore être asséchés, mais sujets aux surinfections.

c) Les symptômes rétrocedent en deux ans en moyenne :

- l'état général s'améliore,
- le squelette se recalcifie.

La guérison par ankylose ou pseudarthrose plus ou moins serrée peut donner d'assez bons résultats si le bras est fixé en abduction, mais après guérison, on voit fréquemment un raccourcissement de l'humérus par atteinte du cartilage de conjugaison.

Les formes très destructives donnent des pseudarthroses lâches : les mouvements sont étendus mais les risques de rechute et d'abcès ultérieurs sont très grands.

Chez le jeune enfant, on peut voir une forme bénigne : arthrite réactionnelle secondaire à une ostéite humérale juxta-articulaire ; la guérison est obtenue en douze à dix huit mois avec réapparition des mouvements.

Dans l'ensemble, la scapulalgie est une affection relativement bénigne chez l'enfant.

B/-- Forme de l'adulte :

L'aspect clinique est semblable, mais :

- la diffusion des lésions est plus grande.

- les abcès sont plus fréquents et, lorsqu'ils sont constitués, fréquente leur fistulisation ou leur surinfection.

- Il faut rechercher systématiquement une association tuberculeuse, surtout une lésion pulmonaire.

Quand on examine le malade, les lésions sont déjà diffuses et étendues, mais la radio peut ne rien montrer : le pincement articulaire est difficile à apprécier car le poids du bras tend à écarter les surfaces articulaires. Souvent la clinique est en avance sur la radio.

Ce qui domine chez l'adulte est l'absence de guérison par l'immobilisation et le traitement général : les lésions ne cicatrisent pas. Il y a ici une nécessité absolue de traitement chirurgical :

"Par tous les procédés autres qu'une résection, on obtient une amélioration temporaire des lésions, on ne les guérit pas. Cette amélioration est obtenue au prix d'une ankylose. Si, dans quelques formes sèches, la guérison est stable, elle occasionne une gêne fonctionnelle plus importante qu'une résection correcte" (Sorrel).

C/- Carie sèche :

Cette forme, classiquement fréquente, ne se voit pas aussi souvent qu'on pourrait le croire : statistique de Sorrel (trois fois sur trente quatre malades).

Cliniquement, les douleurs sont vives, intolérables, surtout nocturnes, rebelles à tout traitement.

A l'examen, on note :

- une importante atrophie de l'épaule,
- le bras est collé au corps, la moindre mobilisation est extrêmement douloureuse.
- on ne perçoit pas de fongosités à la palpation, mais des viscous durs et rétractés.
- l'adénopathie existe dans environ un tiers des cas.
- à la radio : on note des destructions importantes, une décalcification de tout le squelette.
- l'évolution est très lente. Elle guérit en laissant une articulation indolente mais atrophiée et ankylosée. Les rechutes sont fréquentes à plus ou moins longue échéance.

Nous rappellerons que cette description de l'évolution concerne la scapuloalgie avant l'apparition des antibiotiques. Actuellement, comme nous le verrons dans nos observations, les lésions évoluent différemment et tendent beaucoup plus rapidement vers la stabilisation.

TRAITEMENT

-:-

Que pouvons-nous opposer à cette grave maladie. Jusqu'à ces dernières années, le traitement, outre les cures de grand air et l'héliothérapie, obéissait à un impératif unique : guérir la lésion, avec ou sans conservation des mouvements de l'épaule.

Pour cela, plusieurs méthodes :

A/- Immobilisation :

L'immobilisation est réalisée grâce à un appareil plâtré thoraco-brachial maintenant le bras en bonne position, c'est-à-dire en abduction approchant le plus possible 90 degrés. Ce plâtre :

- supprime la douleur,
- et met l'articulation au repos, condition essentielle de bonne guérison, mais :

- cette immobilisation doit être prolongée au moins deux ans.

- le plâtre doit être changé tous les trois mois ;

- il faut pratiquer dans le plâtre des fenêtres pour l'héliothérapie et la surveillance des abcès.

On cessait l'immobilisation quand :

- l'articulation était froide, sèche, indolente,

- il n'existait plus de ganglion,

- et que la radio montrait la réapparition des contours articulaires.

Les résultats étaient dans l'ensemble assez mauvais : d'une part l'articulation était ankylosée, de plus les rechutes étaient fréquentes et la qualité de l'ankylose fort variable.

Aussi s'est-on adressé à des méthodes sanglantes pour pallier les insuffisances de la méthode d'immobilisation . Parmi celles-ci, il faut noter la résection et l'arthrodèse.

B/- Résection :

On la pratiquait suivant la technique d'Ollier. Son but était :

- de supprimer le foyer osseux,

- puis on immobilisait assez longtemps pour obtenir une néarthrose à la fois solide et mobile.

- puis on mobilisait progressivement pour donner le plus de mouvements possible à cette articulation nouvelle.

La résection d'Ollier passait par le col chirurgical de l'humérus.

Les résultats, dans l'ensemble, étaient acceptables :

- si la résection était correctement effectuée, la lésion était guérie, mais les mouvements possibles étaient de peu d'amplitude et la force musculaire très diminuée, mais :

- si la résection était trop importante, on obtenait une épaule ballante,

- si la résection était trop économique, la lésion récidivait.

C/- Arthrodèse :

Pour mettre la lésion au repos, certains ont essayé également différentes techniques d'arthrodèse de l'épaule :

- extra-articulaire (Lance),
- intra-articulaire (Massart).

On a pu actuellement, après traitement assez prolongé par les antibiotiques qui agissent avec succès sur les lésions :

- en empêchant le foyer d'évoluer,
 - en tarissant les abcès,
 - et en écourtant la durée d'évolution de la maladie,
- tenter des résections plus économiques.

Cette méthode respecte scrupuleusement les insertions musculo-tendineuses sur la grosse tubérosité de l'humérus et permet ainsi un meilleur résultat fonctionnel.

Nous allons à présent voir les observations de cinq malades ayant été opérés suivant cette technique et étudier les résultats qu'elles nous montrent.

Observation I

Monsieur M... Daniel, 38 ans.

Le malade vient consulter le 22 novembre 1951, pour des douleurs de l'épaule gauche dont le début remonte à deux mois environ.

Il présente un abcès au niveau de la face interne du tiers supérieur du bras gauche.

Sa température est normale.

Antécédents :

- En 1938 : mal de Pott cervical au niveau des cinquième et sixième vertèbres. Il est soigné à Berck et actuellement guéri.
- En 1942 : épididymite tuberculeuse.
- En 1947 : néphrectomie droite pour tuberculose rénale.
- En 1948 : tumeur blanche du coude droit, soignée dans le service par ponctions d'abcès, streptomycine et plâtre. Cette lésion est actuellement guérie.

Actuellement :

A l'examen, on note :

- l'orifice de l'abcès lenticulaire avec trajet visible.

- Les mouvements d'abduction sont impossibles activement ; passivement, l'omoplate est entraînée par les mouvements.

- A la radio : l'interligne est conservé mais flou ; la tête humérale est décalcifiée et de structure inégale avec un aspect spongieux.

On institue un traitement par streptomycine et P.A.S.

Le 10 décembre 1951 : le coude est correctement ankylosé et en bon état. L'épaule est en pleine évolution : tout en continuant les antibiotiques, on immobilise par un plâtre thoraco-brachial.

Le 13 mars 1952 : le malade est déplâtré ; l'épaule est sèche et froide, mais il persiste une minuscule fistule ; on décide de plâtrer pour deux mois encore.

Le 29 mai 1952 : la radio est satisfaisante.

Le 6 juin 1952 : résection de l'épaule :

- Incision delto-pectorale,
- Résection de la tête qui est très molle et solidement fusionnée à la glène (ankylose fibreuse) on pratique une résection par morcellement.

Il convient de souligner que l'épaule de ce malade est réséquée six mois après le début de l'affection.

Le 22 septembre 1952 : après rééducation,

l'épaule est sèche et froide, les mouvements sont satisfaisants. Le malade est porté sortant.

Le 24 novembre 1952 : le malade revient consulter :

- bon état général, pas de fatigue, pas de fièvre, pas de douleurs.

- abduction : 45 degrés.

- propulsion : 90 degrés.

- rotation externe : 35 degrés.

- rotation interne : 30 degrés.

- Le malade reprend son travail. On peut donc le considérer comme guéri un an seulement après le début de la maladie.

o°o

Observation 2

Monsieur C... Louis, 29 ans.

Le début de la maladie remonte à 1949. La douleur est d'abord mise sur le compte d'une névralgie traitée par ionisation calcique et bévitine sans aucune amélioration.

Le malade est hospitalisé à l'hôpital Tenon où l'on pose, radiologiquement, le diagnostic de scapulalgie. Il est mis au traitement par streptomycine et P.A.S.

Sous l'effet du traitement, la température se régularise, le poids augmente de 5 kilogrammes.

On ne note pas d'antécédents bacillaires, notamment pulmonaires, mais il est

apparu récemment une tuméfaction de l'ais-
selle, au bord externe du grand pectoral,
tuméfaction qui subsiste encore, un peu rou-
ge mais indolore.

A l'examen, on note :

- l'absence de ganglion axillaire.
- l'importante atrophie du deltoïde.
- la limitation des mouvements de l'é-
paule :
 - abduction - active : 45 degrés
 - passive: 70 degrés
 - rétropulsion : 0
 - antépulsion :
 - active : 45 degrés
 - passive: 60 degrés.

- bon état général.

On continue le traitement antibiotique.

Le 25 juin 1951 : on réalise une immobi-
lisation par plâtre thoraco-brachial changé
tous les deux mois jusqu'au :

20 décembre 1951 : à cette date l'infil-
tration antérieure a presque complètement
disparu. Les lésions paraissent clinique-
ment et radiologiquement stabilisées. On
décide une résection aussi économique que
possible.

Le 19 janvier 1952 : résection de l'épau-
le :

- incision delto-pectorale.
- les lésions siègent à la partie posté-
ro-supérieure de la tête humérale et dans
la grosse tubérosité.

- résection économique conservant un butoir au niveau de la partie antéro-inférieure de la tête humérale qui est saine ; on évide la grosse tubérosité sans désinsérer les muscles rotateurs externes.

- fermeture sur streptomycine locale.

- on décide une immobilisation plâtrée pendant un mois, puis on commencera la rééducation.

Donc, la résection a été pratiquée huit mois après le début du traitement.

Le 5 mai 1952 : tout est satisfaisant. Le malade sort de l'hôpital le 20 mai 1952.

Le 25 septembre 1952 : le malade revient consulter ; son état général est excellent ; la radio montre le bon résultat de la résection. Les mouvements sont satisfaisants :

- abduction : 95 degrés
- antépulsion : 95 degrés
- rotation - externe : 0
- interne : 90 degrés.

Le malade se sert bien de son bras et donne des coups de poing avec force. Il est donc guéri un an et demi après le début du traitement de sa scapulalgie.

o°o

Observation 3

Monsieur G... Henri, 66 ans.

La maladie a débuté en avril 1951, par des douleurs de l'épaule droite.

Au mois de juillet, apparaît une fistule à la face externe du bras droit.

Le malade est soigné par streptomycine, P.A.S. et immobilisation par plâtre thoraco-brachial.

Le 25 janvier 1952, à son entrée dans le service, on note :

- un gros amaigrissement.

- une épaule droite douloureuse avec des mouvements très limités, mais l'empâtement est modéré.

- une atrophie musculaire importante,

- la fistule déjà mentionnée à la partie moyenne du bras suppure peu mais :

- on trouve un abcès réchauffé, ouvert à la face postérieure du bras.

On continue la streptomycine et le P.A.S.

Le 8 mai 1952 :

- la fistule antérieure est tarie depuis 15 jours ;

- la fistule postérieure persiste ;

- on note une ankylose spontanée de l'articulation et on discute une arthrodèse de sécurité acromio-tubérositaire car les lésions sont surtout glénoïdiennes.

Le 20 mai 1952 : on commence une cure de Rimifon pendant deux mois.

Au bout de ces deux mois de traitement,

les lésions semblent favorables, on décide une résection.

Le 1er août 1952 : Résection :

- incision delto-pectorale,
 - résection passant entre le col anatomique et le col chirurgical de l'humérus.
- On trouve une fongosité abondante.
- curetage du foyer postérieur,
 - plâtre thoraco-brachial.

Ici aussi, nous voyons donc que la résection est pratiquée six mois après le début du traitement.

Le 24 novembre 1952 : les mouvements de l'épaule sont satisfaisants :

- abduction : 60 degrés
- antépulsion : 70 degrés
- rétropulsion : 45 degrés
- la force musculaire est bonne, le malade sort le 23 janvier 1953. Tout va bien.

Le 20 avril 1953 : le malade revient consulter.

- L'état général est bon : pas de fatigue anormale, pas de température, l'appétit et le poids sont normaux.

- le malade peut donner des coups de poing avec force. La mobilité de l'articulation est excellente :

- abduction : 90 degrés
- antépulsion, rétropulsion, rotations normales.

- le malade demande à reprendre son travail.

Donc, le malade est sorti du service, guéri de sa scapulaigie, un an après le début du traitement et six mois après sa résection de l'épaule.

o°o

Observation 4

Monsieur T... Jean, 24 ans.

Le malade, chauffeur de sa profession, entré dans le service le 9 juin 1952 pour un abcès froid de l'épaule gauche.

Les troubles remontent à huit mois environ, à la suite d'un traumatisme de l'épaule au mois d'octobre 1951. Les mouvements sont devenus peu à peu difficiles.

A l'hôpital Cochin, on fait le diagnostic de carie sèche et on le plâtre au mois de février 1951. Ce plâtre est retiré en mai. Le malade va bien et se fait faire de la rééducation. Fin mai, en cours de mobilisation apparaît une tuméfaction du bord antérieur du grand pectoral.

Antécédents :

- granulie en 1945,
- paludisme et dysenterie.

Actuellement :

- l'état général est bon et il n'existe pas d'amaigrissement.

- les mouvements de l'épaule gauche sont très limités, surtout l'abduction.

- l'abcès est rouge, fluctuant à la limite de la fistulisation. On met le malade au Rimifon.

L'abcès est ponctionné à plusieurs reprises avec injection de streptomycine in situ.

Le 27 juin 1952 : on immobilise à l'aide d'un plâtre thoraco-brachial.

Le 20 juillet 1952 : il apparaît une nouvelle fistule près de la base de l'aiselle. On continue le traitement au Rimifon.

Le 20 octobre 1952 : les fistules sont tarries depuis six semaines. L'épaule est sèche et froide, pratiquement ankylosée. On décide une résection qui a lieu

Le 30 octobre 1952 :

- incision delto-pectorale.

- On trouve des lésions destructives importantes de la tête ainsi que des fongosités et du caséum, surtout situés au bord inférieur de la cavité glénoïde dont la surface articulaire est très rugueuse.

- On ne trouve pas de séquestre ni de cavité.

- Résection et fermeture sur antibiotiques.

Le 17 novembre 1952 : on commence la rééducation.

En cours de rééducation, on découvre un mal de Pott dorso-lombaire pour lequel on

met le malade en coquille et pour lequel on fait une greffe d'Albee le 5 mars 1953.

Le malade se lève le 20 juillet 1953.

Le 11 août 1953 : le mal de Pott est bien consolidé, l'épreuve de la marche excellente. Pour la scapuloalgie :

- abduction : 80 degrés.
- très bon état général.

Le malade sort du service.

Donc, en faisant abstraction du mal de Pott, nous pouvons dire que le malade est guéri de sa scapuloalgie dix mois après le début du traitement et cinq mois après la résection de l'épaule.

° ° °

Observation 5

Monsieur S... Raymond, 24 ans.

Le malade entre dans le service le 20 juin 1950. La maladie a débuté le 20 février 1950 par des douleurs de l'épaule droite, traitées par des infiltrations anesthésiques et des séances d'électricité, donnant une légère amélioration, mais la rechute est rapide. Les douleurs réapparaissent à la suite de massages.

La température a toujours été à peu près constante à 38°5. Le malade a maigri de sept kilogrammes.

A l'examen :

- l'épaule droite est peu mobile, volumineuse.

- on trouve un point douloureux dans la région deltoïdienne antérieure et une tuméfaction douloureuse à la partie postérieure de l'aisselle.

- il existe un abcès à la face antérieure du bras où la peau est violacée, tendue.

- la radio montre un flou articulaire sans interligne visible et une décalcification importante de la tête humérale.

Le 4 juillet 1950 : on met en place un plâtre thoraco-brachial et on institue un traitement streptomyciné.

Le 21 juillet 1950 : l'abcès s'est ouvert, la température persiste. Le malade est très amélioré du point de vue général.

Le 11 octobre 1950 : on arrête la streptomycine et on donne du P.A.S.

Le 11 janvier 1951 : la fistule est presque fermée et le 27 février 1951, la fistule étant fermée, on pratique une résection, sept mois seulement après le début du traitement.

- incision delto-pectorale
- découverte du tendon du biceps
- libération de la tête humérale
- résection économique : fermeture.
- Il n'existe plus aucune trace de lésion tuberculeuse sur les parties molles ni sur l'os.

Le 19 mars 1951 : excellent résultat anatomique
très bon résultat fonctionnel.

Le 9 avril 1951 : le malade interrompt la rééducation pour des douleurs de l'épaule.

Le 19 mai 1951 : apparaît une fistule de la paroi postérieure de l'aisselle qui va s'améliorer par immobilisation sur un appareil de Poulighen.

Le 2 octobre 1951 : on procède à un nettoyage de la fistule.

Le 13 mars 1952 : on réopère le malade pour ablation de séquestre décollé par une radiographie :

- incision sur la fistule postérieure : on arrive au bord externe de l'omoplate : on ne trouve pas de point d'ostéite net : curetage des parties molles, mèche.

- reprise de l'incision antérieure : l'extrémité supérieure de l'humérus paraît saine : section au ciseau de petites saillies osseuses, mèche.

Le 23 juin 1952 : la fistule est tarie, le résultat est bon : la mobilité dépasse 45 degrés.

Dans le cas de ce malade, il faut deux ans pour obtenir la guérison depuis le début du traitement, mais, depuis sa sortie de l'hôpital, la guérison est stable.

L'exposé de ces quelques observations de scapulalgie chez des malades qui sont tous des adultes, nous permet de relever quelques faits importants qui sont à la base du traitement moderne de la scapulalgie.

Si nous possédons actuellement des médicaments extrêmement actifs contre les lésions tuberculeuses, ces médicaments, employés seuls, ne peuvent guérir complètement et définitivement un foyer osseux tuberculeux.

Les antibiotiques agiront en effet le plus efficacement sur les manifestations secondaires de la maladie, c'est-à-dire sur les abcès et l'infiltration des parties molles :

- Si un abcès apparaît, on le traitera avec succès avec des antibiotiques par voie générale : streptomycine et P.A.S. ou Rimifon, associés à un traitement local de l'abcès : ponctions répétées complétées par une injection in situ de un gramme de streptomycine. Ce traitement fera rétrocéder l'abcès assez rapidement, tout en évitant la fistulisation.

- Si un abcès est au stade de fistulisation, les antibiotiques permettront, avec

autant de succès, d'assécher la fistule et de résorber l'abcès.

- Les antibiotiques permettront également de réduire au minimum l'infiltration des parties molles.

Sur le foyer osseux lui-même, s'ils ne peuvent le guérir, permettre sa recalcification et sa réparation totale, ils agiront favorablement en empêchant les lésions d'évoluer et en les stabilisant. De plus, ce qui est important, comme nous l'avons vu dans nos observations, la durée d'évolution de la maladie, sous l'influence des antibiotiques, est considérablement écourtée par rapport à l'évolution classique.

Ce traitement antibiotique devra être associé à l'immobilisation plâtrée pour que l'articulation scapulo-humérale soit mise au repos le plus strictement possible.

Mais, pour obtenir une guérison complète, il faudra malgré tout user de la chirurgie, car ceci n'a pas changé depuis Ollier : il faut ôter le foyer osseux.

Toutefois, si on était obligé autrefois de pratiquer des résections larges, car il fallait passer à distance des lésions en gardant une assez grande marge de sécurité, actuellement les antibiotiques donnent toute latitude de ne pratiquer que des résections économiques limitées strictement aux tissus malades et conservant ainsi le plus possible des insertions musculo-ligamentaires sur la grosse tubé-

Nous avons vu au cours des observations les modalités de l'opération :

- Tout d'abord, il ne faut opérer que sur une épaule parfaitement stabilisée, c'est-à-dire que :

- l'épaule doit être sèche, froide , indolente,

- le malade doit être apyrétique avec une courbe pondérale équilibrée,

- l'examen radiologique doit montrer des lésions non évolutives sur plusieurs clichés successifs.

- La technique de l'opération elle-même a peu changé :

= on aborde les lésions par la classique incision delto-pectorale.

= on enlève les tissus ostéitiques.

= on complète, si besoin est, par un curetage de la cavité glénoïde.

= et on referme après avoir mis de la streptomycine en poudre dans la plaie.

- Après l'opération, on immobilise l'articulation scapulo-humérale par un plâtre thoraco-brachial le moins longtemps possible, un mois environ.

- Au bout de ce temps, on commence une rééducation des mouvements de l'épaule par une mobilisation prudente au début, douce, puis d'amplitude progressive.

Nous allons à présent étudier les résultats qui ont été obtenus à l'aide de cette méthode chez ces différents malades.

- L'observation n° 1 : Monsieur M... Daniel, 38 ans, nous montre que moins de six mois après la résection de l'épaule, un an après le début de sa maladie, le malade est en état de reprendre son travail.

Il est en bon état général, ne présente aucun signe de fatigue. Cliniquement :

- l'épaule est stabilisée, indolente,
- les mouvements sont un peu limités,
- mais la force musculaire est suffisante pour que le malade utilise facilement son bras.

- La radiographie montre le parfait état de la résection et la complète guérison des lésions ostéo-articulaires.

On peut donc considérer ce résultat comme bon.

o

- L'observation 2 : Monsieur C... Louis, 29 ans, nous montre que, là aussi, le malade reprend son travail moins de six mois après la résection et moins de un an et demi après le début du traitement.

- L'état général est excellent.
Cliniquement et radiologiquement, tout est parfait.

Du point de vue fonctionnel :

- les mouvements sont presque normaux
et absolument indolores.

- la force musculaire est bonne.

- la fonction de l'articulation est
conservée et le malade mène une vie normale.

Ici, nous avons affaire à un excellent
résultat.

o

- L'observation 3 : Monsieur G. Henri,
66 ans : là, les délais sont un peu plus
longs, puisque le malade ne reprend son
travail que neuf mois après la résection,
mais un an seulement après le début du
traitement.

A sa sortie du service, nous voyons un
homme de 66 ans en très bon état général.

Les mouvements de l'épaule sont presque
normaux.

La force musculaire est très bonne.

Le malade ne ressent jamais ni douleur
ni fatigue.

Il s'agit donc d'un très bon résultat.

o

- L'observation 4 : Monsieur T... Jean, 24 ans, nous montre un malade sortant du service dix mois après sa résection de l'épaule, malgré un mal de Pott dorso-lombaire survenu pendant la rééducation et ayant nécessité une greffe d'Albee. En fait, il faut considérer que la résection a eu lieu cinq mois après le début du traitement et que la scapulalgie est guérie en dix mois.

A sa sortie du service :

- le malade est en très bon état général,
- le mal de Pott est guéri,
- la scapulalgie est très bien stabilisée,
- les mouvements de l'épaule sont d'amplitude suffisante (abduction : 80 degrés),
- la force musculaire est bonne,
- il n'existe plus aucune douleur à la mobilisation active,
- la radiographie montre un aspect favorable de la résection.

Là aussi les résultats sont satisfaisants.

o

- L'observation 5 : Monsieur S... Raymond 24 ans, nous montre l'évolution la moins favorable, après une résection, de toutes nos observations.

Le malade doit en effet attendre seize mois après l'opération et subir deux interventions supplémentaires (un curetage de fistule et une ablation de séquestre) pour voir sa guérison assurée.

Mais si le résultat fonctionnel est médiocre :

- le résultat anatomique est bon : l'épaule est stabilisée et solide.

- la force musculaire est suffisante pour que le malade puisse accomplir des besognes légères.

- radiologiquement, on ne décèle aucun signe de lésion en évolution.

Nous pouvons donc considérer ce cas comme un succès moyen.

CONCLUSIONS

:-:-

Nous voyons donc que ces quelques observations nous montrent :

- un excellent résultat,
- trois très bons résultats dont un chez un malade de soixante six ans,
- un résultat moyen.

Dans l'ensemble, nous pourrions dire que, sans apporter des progrès révolutionnaires dans le traitement de la scapulalgie, cette technique de résection, après préparation et sous couvert d'antibiotiques, semble actuellement être la plus valable grâce aux bons résultats fonctionnels qu'elle apporte.

En effet, nous voyons des malades opérés se servir presque normalement de leur bras, sans aucune douleur et avec une grande force physique.

D'autre part, nous pouvons, malgré le peu de recul que nous possédons, être presque certains que ces malades sont définitivement guéris de leur scapulalgie.

La résection les a mis à l'abri d'une récédive et nous voyons ainsi que le malade de l'observation 4 présente pendant la rééducation de son épaule un mal de Pott sans que l'articulation scapulo-humérale en soit le moins du monde affectée.

De plus, soulignons que ces sujets, au bout d'un temps plus ou moins long, ont tous repris leurs occupations et sont donc tous récupérables au point de vue travail.

Enfin, les délais de guérison, donc le temps d'incapacité sociale du malade, sont de beaucoup réduits par rapport aux modes de traitements anciens.

Nous concluons donc sur un sentiment assez optimiste au sujet de cette technique qui, grâce aux antibiotiques, en particulier la streptomycine, qui agissent avec succès sur toutes les localisations tuberculeuses, permet un progrès assez sensible dans le traitement et la guérison de cette maladie heureusement peu fréquente, mais très grave.

— : —

Vu :
Le Président :
signé : MERLE d'AUBIGNE

Vu :
Le Doyen :
signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

BONNET

De l'envahissement secondaire de
l'omoplate au cours de la scapulalgie
Lyon Chirurgical 1923 XX 650

A. BOURDIOL

Etude iconographique de la scapulalgie
8° Paris 1910

BROWN-KUHNS

Instabilité mécanique de l'épaule
dans ses rapports avec la prophylaxie
et le traitement de l'épaule doulou-
reuse

The Journ. of Bone and joint Surgery
N° 1 Janvier 1934

A. CHENUT

Résultats éloignés d'une résection
de l'épaule pour scapulalgie
Bull. Société Chirurgie de Bordeaux
et du Sud-Ouest 1932 pp. 36-39

J.C. DENET

Deux cas de scapulalgie avec séques-
tres diagnostiqués par radiographie
Orthopédie et tuberculose chir. Paris
1914

J. GUYOT

Sur un malade atteint de scapulalgie
Le Progrès Médical 9 mai 1936

KIRMISSON

Deux cas de scapulalgie
Revue générale de clinique et thérapeutique Paris 1911 XXV 469-471

KIRMISSON

The clinical forms of scapulalgies
Med. Press Londres 1910 LXXXIX 352

PAPADOPOULOS

Sur un cas de scapulalgie à forme
atrophique aiguë, carie sèche type
Wolkmann
Grèce Med. Athènes 1915 XVII 41-43

H.L. ROCHER

A propos de deux nouveaux cas de
scapulalgie
Journal de Méd. Bordeaux 1919 XLIX
380-383

S.C.C. MERCIER

La résection de l'épaule dans la
scapulalgie. Indications. Résultats.
Thèse Bordeaux 1930 n° 60

P. VAUCLIN

Scapulalgie. Signes. Diagnostic. Trai-
tement
L'Hôpital n° 406 mai 1936 A

NOVE-JOSSERAND

Arthrodèse extra-articulaire de l'é-
paule pour arthrite tubercul euse
Lyon Chirurgical 26 septembre 1929

SAKOVITCH - MILITZA

Notes cliniques et radiographiques sur
la tuberculose de l'épaule chez l'en-
fant

Thèse Paris 1923

SORREL et Madame SORREL-DEJERINE

Tuberculoses ostéo-articulaires

Masson éditeur

TIXIER et PATEL

Précis de Pathologie externe - Tome I

LEYDET

L'incision delto-pectorale élargie

Thèse Paris 1930

MARION

Résultats éloignés des résections
de l'épaule pour scapulalgie (statis-
tique des opérés d'Ollier)

Thèse Lyon 1931-32

DETRIE

Nouvel aspect thérapeutique de la tu-
berculose ostéo-articulaire de l'adulte

Presse Médicale 1956 n° 13 p. 278

R. KAUFMANN

Os et tuberculose

Exp. Science française 1950

M. SERVELLE

De la résection de l'épaule pour tu-
berculose par le procédé de Leriche

Revue orthopédie mai-août 1946 n° 3-4

A. DELAHA, P. JACOB et P. TREPS

Les ostéo-arthrites tuberculeuses du
membre supérieur

Revue Praticien 1er avril 1956 n° 10.

J.A. MURPHY et Ch. WOOD

Tuberculose de l'épaule

J. Bone joint Surgery juillet 1941
n° 3

F. COSTE, Y. CHAOUT, J. BERNARD

Arthrite tuberculeuse de l'épaule

Traitement par I.N.H.

Revue rhumatisme avril 1953 n° 4

André SICARD

Les tumeurs blanches de l'épaule

Concours Médical n° 9 1er mars 1942

L. TAVERNIER

Greffe d'os spongieux dans une résec-
tion de l'épaule pour tuberculose.

Lyon Chir. février 1950 n° 2

Nouveau précis de pathologie chirur-
gicale 1947 Masson éditeur Tome II
pp. 216-222

L. LEGER

Technique de Leriche dans la résec-
tion de l'épaule pour tuberculose

Presse Médicale novembre 1946 n° 54

P. LOMBARD

Mobilisation hâtive de l'épaule

après résection pour tuberculose

Afrique Fr. chir. décembre 1946 n° 6

RICHARD ANDRE

La résection pour tumeur blanche de
l'épaule

Revue orthopédie 1943 n° 3-4

A. CABITZA

Technique et indications du traite-
ment conservateur dans la tuberculose
scapulo-humérale et du coude

Lotta contro tuberc. 1955 n° 7-8

WEISSENBACH, FAULON, PADOVANI, LEGER
Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule à grain riziforme
Revue rhumatisme 1948 n° 12

C.M. GROS et A. VEILLON
Tuberculose fongueuse de l'épaule et du bassin
J. Radiol. Electrol. 1953 n° 7-8

J.D. WASSERSUG
Traitement de la tuberculose de l'épaule. Etude des résultats éloignés
Arch. Surgery Avril 1941 n° 4

GERARD-MARCHANT et J. GIRET
Tuberculose ostéo-articulaire et B.C.G.
Revue chir. orthopédique juin 1953 n° 2

GERARD MARCHANT
La streptomycine dans les tuberculoses ostéo-articulaires
Bruxelles médical 6 novembre 1949 n° 45

P. PADOVANI
Aspects radiologiques anormaux de la tuberculose de l'épaule
Revue orthopédie mars 1949 n° 1-2

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

